

Essen, den 5. Juli 2019

**Antworten des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD e. V.)
und des Bundes für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD e. V.)
auf den Fragenkatalog der
Bund-Länder-Arbeitsgruppe
Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der
Gesundheitsfachberufe**

Vorbemerkungen

Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. und der Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik begrüßen die Überarbeitung der Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe. Mit der bundesweiten Regelung der Ausbildung in den verschiedenen Gesundheitsfachberufen übernahm der Staat bereits vor vielen Jahren die besondere Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung durch einheitliche und staatlich geprüfte Ausbildungsgänge. Im Bereich der Ernährung stellen Diätassistent/innen den einzigen bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberuf dar. Die Verortung der Diätetik in einem bundeseinheitlich geregelten Gesundheitsfachberuf muss auch in der Zukunft erhalten bleiben. Die ernährungsbezogene Versorgung kann nur durch zeitgemäß ausgebildete und zahlenmäßig ausreichende Therapeuten erfolgen, die den wachsenden Anforderungen des Gesundheitssystems gerecht werden und eine hohe Qualität in der Versorgung sicherstellen. Dazu ist eine vollständige hochschulische Ausbildung in der Diätetik (Vollakademisierung) erforderlich.

Die Überarbeitung des Berufsgesetzes für Diätassistenten/innen bietet die einzigartige Möglichkeit und die historische Chance, den Zugang zur Ernährungstherapie als Teilbereich der Diätetik grundsätzlich neu zu regeln und somit die Voraussetzungen für eine sichere Versorgung der Patient/innen zu schaffen.

Der Zugang zur Ernährungstherapie ist in Deutschland bisher nicht gesetzlich geschützt und damit weitgehend ungeregelt. Die Durchführung ernährungstherapeutischer Maßnahmen bedarf aufgrund ihrer Komplikationsgeneigntheit zum Schutz der Patienten/innen einer ausreichenden

beruflichen Qualifikation, weshalb über die Einrichtung vorbehaltener Aufgaben nachgedacht werden muss. Derzeit gibt es in Deutschland über 60 Studiengänge im Bereich Ernährung/Ernährungswissenschaft/ Oecotrophologie /Ernährungstherapie/ Ernährungsmanagement. Im Bereich Ernährungswissenschaften/ Oecotrophologie bereits als B.Sc.-, MA-Studiengänge mit Möglichkeit zur Promotion. Deren Absolvent/innen verfügen in Teilbereichen über die erforderlichen Kompetenzen für die Ernährungstherapie, unterliegen jedoch der Freiheit der Lehre und sind nicht staatlich geregelt und geprüft. Eine bestimmte Anzahl der Absolventen/innen dieser Studiengänge betätigen sich nach zum Teil umfangreicher Zusatzqualifikation im Bereich Ernährungstherapie. Für ihre Legitimation, in einem Gesundheitsberuf tätig zu werden, bedarf es einer gesetzlichen Regelung und staatlichen Überprüfung.

Dieses Papier wurde gemeinsam mit dem Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik (BALD) verfasst und vertritt somit die gemeinsame Position.

Der Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE), der Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED) und die Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB) – ebenfalls maßgebliche Verbände im Bereich des Heilmittels Ernährungstherapie - teilen die Auffassung und sind gern bereit, bei der Erarbeitung der Anforderungen für die Kompetenzüberprüfung bzw. Kompetenznachweis der Absolventen/innen oecotrophologischer / ernährungswissenschaftlicher Studiengänge zu unterstützen.

Anmerkung: Aufgrund der sprachlichen Vereinfachung wird im Dokument durchgehend noch die Bezeichnung Diätassistent/in verwendet, es ist aber jeweils der künftige, neu zu schaffende Berufstitel gemeint.

I) Berufsgesetze

1. Welche Punkte der Berufsgesetze bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung?

Neue Berufsbezeichnung: Die Berufsbezeichnung Diätassistentin/Diätassistent, wie sie aktuell im Gesetz (DiätAssG) festgelegt ist, muss dringend geändert werden. Sie entspricht nicht dem komplexen Handlungsfeld und der verbrieften eigenverantwortlichen Tätigkeit der Berufsgruppe (eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen). Die aktuell gültige Berufsbezeichnung Diätassistentin/Diätassistent etablierte sich in den 1920iger Jahren und wurde im ersten Diätassistentengesetz 1937 staatlich geschützt. Der Wortbestandteil Assistent/in, der zur Zeit der Etablierung der Berufsbezeichnung, also vor mehr als 80 Jahren, die enge Verknüpfung von Medizin und Diätetik hervorheben sollte, bringt heute jedoch nicht mehr die gesetzlich verbrieften Kompetenzen als eigenverantwortlich agierende Therapeutin, als eigenverantwortlich agierender Therapeut zum Ausdruck. Berufsbezeichnun-

gen, die den Wortbestandteil Assistent/in enthalten, werden heute im Allgemeinen mit einem niedrigen Ausbildungslevel und lediglich assistierenden Tätigkeiten assoziiert.

Folgende Überlegungen sollten berücksichtigt werden, wenn eine neue Berufsbezeichnung etabliert wird:

Europäisch bzw. international ist die Bezeichnung „dietitian“ etabliert. Im deutschsprachigen Raum wurde in Österreich bereits 2005 mit der Umbenennung in „Diätologe/in“ reagiert. Damit wird durch den Berufstitel zugleich das berufliche Handlungsfeld Diätetik definiert.

Folgt man jedoch dem „Muster“ der anderen therapeutischen Gesundheitsberufe wie Physiotherapeut/in und Ergotherapeut/in, so liegt die Bezeichnung „Ernährungstherapeut/in“ nahe, die auch erwarten lässt, dass die Bevölkerung den entsprechenden Experten deutlich am Berufstitel erkennen kann.

Ausbildungsziel: Das im § 3 des Berufsgesetzes von 1994 festgeschriebene Ausbildungsziel muss gemäß dem heutigen komplexen Anforderungsprofil in den Tätigkeitsgebieten und Settings in Therapie und Prävention überarbeitet und zukunftsorientiert formuliert werden. Hier verweisen wir auf Frage 3.

Bereits das bestehende Berufsgesetz definiert Kerntätigkeiten von Diätassistent/innen entsprechen der Definition des DQR-Niveaus 6: „Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden Aufgaben – und Problemstellungen sowie zu eigenverantwortlichen Steuerungen von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung). Formell ist die berufsfachschulische Ausbildung auf DQR-Niveau 4 angesiedelt. Zur langfristigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen diätetischen Versorgung der Patienten/innen bedarf es einer Anhebung auf hochschulisches Niveau, um diesen Widerspruch aufzulösen. Bedenkt man, dass 4 der 5 häufigsten Todesursachen in Deutschland entweder u.a. durch Lebensstilfaktoren und hier besonders durch Fehl- und Überernährung bedingt sind, bereits mindestens 25 % der Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus bereits mangelernährt sind (Löser 2010), dann kommt diesem Handlungsfeld eine hohe Bedeutung zu. Werden die Länder zugrunde gelegt, in denen eine reglementierte Ausbildung vorhanden ist, ist Deutschland derzeit hinsichtlich des formellen Qualifikationsabschlusses europäisch (EFAD 2018) das Schlusslicht.

Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen?

Tätigkeitsvorbehalt für die Ernährungstherapie: Wie bei den Pflegeberufen (PflBRefG 2017) und Hebammen (Deutscher Bundestag 2019) lassen sich im Sinne des Patientenschutzes bzw. der Patientensicherheit auch Tätigkeiten im Bereich Ernährungstherapie definieren, die nur von Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung durchgeführt werden sollten. Genauere Ausführung erfolgen in der Frage 3 Abschnitt II

Regelung des Zugangs zur Ernährungstherapie für andere, gleichwertige Studiengänge: Durch die gesetzliche Regelung zur Überprüfung von Gleichwertigkeit besteht im Sinne einer sicheren Patientenversorgung die Chance, durch einen Kompetenznachweis bzw. eine Kompetenzüberprüfung auch jenen Studienabgängern/innen den Zugang zur Ernährungstherapie zu ermöglichen, die eine Gleichwertigkeit mit dem zukünftigen Gesetz aufweisen. Diese Personen erwerben damit ebenso die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung und sind Diätassistenten/innen gleichgestellt.

Darüber hinaus wären zu regeln:

- Regelungen zur Rücknahme der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung, dieser Passus ist derzeit nicht im Gesetz enthalten
- Durchführungsregelungen für das verbindliche Hochschulstudium
- Mindestanforderungen für die Qualifikation der Lehrenden und Praxisanleiter sowie die Praktikumsstellen.

Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Wenn die Regelungen zur Erteilung und zur Rücknahme der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in ein Rahmengesetz für alle bundesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe aufgenommen werden, könnte dies im Berufsgesetz entfallen.

Siehe Ausführung zu Frage 7, Abschnitt I

2. Welche Punkte der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bedürfen Ihrer Ansicht nach einer Modernisierung bzw. Änderung? Welche zusätzlichen Punkte sollten einfließen? Auf welche Punkte kann Ihrer Meinung nach verzichtet werden?

Unter den Bedingungen der akademischen Qualifikation muss eine Anpassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung an die hochschulischen Bedingungen erfolgen.

Die Berücksichtigung der neuartigen akademisch-wissenschaftlichen Ausbildung (DQR 6), einschließlich kompetenzorientierter Prüfungsmethoden ist obligatorisch. Nur so kann man dem aktuellen Stand des Wissens gerecht zu werden und das neue Kompetenzprofil adäquat ausbilden.

Die Neuarbeitung muss u.a. folgende Punkte beinhalten:

- Ausweisung von Handlungsfeldern und zugeordneten Kompetenzen (siehe Anlage 1)
- Anpassung der staatlichen Prüfung an das modernisierte Ausbildungsziel, hochschulische Bedingungen und kompetenzorientierte Prüfungsmethoden
- Anpassung der Kompetenzprüfung bzw. des Kompetenznachweises für Anerkennungsregelungen von Absolventen/innen anderer Studiengänge, aus der EU und aus Drittstaaten

3. Entspricht das Ausbildungsziel (falls im Berufsgesetz vorhanden) den heutigen und zukünftigen Anforderungen an Ihre Berufsgruppe? Wenn nein, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?

Nein, das Ausbildungsziel entspricht nicht mehr den aktuellen Anforderungen und Gegebenheiten, es muss wesentlich umfassender formuliert werden. Gleichzeitig sollte hier das Handlungsfeld Diätetik definiert werden. Der VDD schlägt eine Änderung vor, die sich schon an einen möglichen Gesetzestext anlehnt.

- (1) Das Studium vermittelt die für das selbstständige, eigenverantwortliche sowie prozessgeleitete Handeln in der Diätetik, welches auf alle Individuen, Gruppen oder das Gemeinwesen ausgerichtet ist, erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen. Dies inkludiert die zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und die zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeiten zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion. Lebenslanges Lernen wird dabei als Prozess der eigenen beruflichen Biografie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterbildung als notwendig erkannt.
- (2) Diätetik im Sinne Absatz 1 umfasst ernährungsbezogene gesundheitsfördernde, präventive, therapeutische, rehabilitative und palliative Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der Gesundheit der zu betreuenden Personen und / oder zum Erhalt ihrer Handlungsfähigkeit und zur Teilhabe an allen Lebensbereichen. Diätetik umfasst die komplexe Beziehung zwischen Gesundheit und Ernährung und beinhaltet die Beratung und Begleitung in allen Lebensphasen. Diätetik wird auf der Grundlage einer professionellen Ethik und des allgemein anerkannten Standes diätetischer, ernährungswissenschaftlicher, medizinischer, sozialwissenschaftlicher und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse ausgeübt. Die Diätetik berücksichtigt die konkrete Lebens- und Ernährungssituation, die Ernährungsgewohnheiten, die Lebensphase, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund und den gesellschaftlichen Kontext von

Klient/innen bzw. Patient/innen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit und achtet das Recht auf Selbstbestimmung dieser.

- (3) Das Studium soll insbesondere dazu befähigen,
1. die folgenden hochkomplexen Aufgaben eigenverantwortlich wissenschaftsbasiert auszuführen
 - a) Durchführen des Ernährungsassessments und Erheben der Ernährungsdiagnose zur Feststellung des Bedarfs für die Ernährungsintervention in Therapie, Rehabilitation, Palliation, Prävention und Gesundheitsförderung. Ernährungsinterventionen inkludieren Ernährungs- und Verpflegungsmanagement sowie ernährungskommunikative Maßnahmen wie Beratung, Schulung / Edukation, Aufklärung und Information von Individuen und Gruppen zur Wiedererlangung, Erhaltung und Stärkung der eigenen Ernährungskompetenz unter Einbeziehung der sozialen Bezugspersonen.
 - b) Planung und Steuerung der Ernährungsintervention in Therapie, Rehabilitation, Palliation, Prävention und Gesundheitsförderung
 - c) Organisation und Durchführung der Ernährungsintervention in Therapie, Rehabilitation, Palliation, Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der jeweils gegebenen strukturellen Situation und notwendigen interprofessionellen Zusammenarbeit
 - d) Analyse und Evaluation zur Sicherung und Entwicklung der Qualität des beruflichen Handelns
 - e) Dokumentation des Prozesses (a-d)
 - f) Nachhaltiges Mitwirken an der Profilierung und Professionalisierung der Diätetik
 - g) Handeln in Übereinstimmung mit Richtlinien, Regularien und ethischen Kodizes
 - h) Beratung, Schulung, Aufklärung und Information von anderen Berufsgruppen
 2. berufsrelevante Forschungserkenntnisse selbstständig zu erschließen und digitale Kompetenz auszuprägen
 3. ärztlich verordnete bzw. angeordnete diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Ernährungsmedizin, einschließlich oraler Nahrungssupplementation, enteraler und parenteraler Ernährung eigenverantwortlich durchzuführen
 4. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen fachlich zu kommunizieren und kooperativ zusammenzuarbeiten, dabei individuelle und berufsübergreifende Lösungen zu entwickeln und teamorientiert umzusetzen

- (4) Während des Studiums werden ein professionelles ethisch fundiertes Verständnis für die Diätetik und ein berufliches Selbstverständnis entwickelt und gestärkt.

Die folgende, vom VDD erarbeitete Grafik, visualisiert das komplexe Anforderungsprofil unserer Berufsgruppe.



Abbildung 1: Kompetenzprofil Diätassistenten/innen

4. **Wie beurteilen Sie die Aufnahme eines Ausbildungszieles in das Berufsgesetz Ihrer Berufsgruppe (falls nicht im Berufsgesetz vorhanden)? Wenn Sie die Aufnahme befürworten, wie sollte das Ausbildungsziel Ihrer Meinung nach gefasst sein?**

Nicht zutreffend, siehe Frage 3

5. **Inwieweit lassen sich Ihrer Ansicht nach die derzeit für die Physiotherapie erforderlichen Weiterbildungen für die sogenannten Zertifikatspositionen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) in die Ausbildung integrieren? Welche Folgen hätte dies für die Ausbildung?**

Nicht zutreffend

6. **Wie ist Ihre Position zur Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung?**

Auch die hochschulische Ausbildung qualifiziert für die berufliche Praxis, ein Bachelorabschluss gilt als erster berufsqualifizierender Abschluss, so dass zwischen beruflicher und aka-

demischer Bildung bei entsprechender Konzeptionierung des Studiengangs kein Widerspruch besteht.

Eine adhoc-Umfrage von BALD unter Absolventen/innen der Ausbildung des Jahrgangs 2019 bestätigte vorherige Umfrageergebnisse, nach denen ca. 80 % der Schüler/innen an Berufsfachschulen bereits über eine Hochschulzugangsberechtigung verfügen und somit ein Studium aufnehmen könnten.

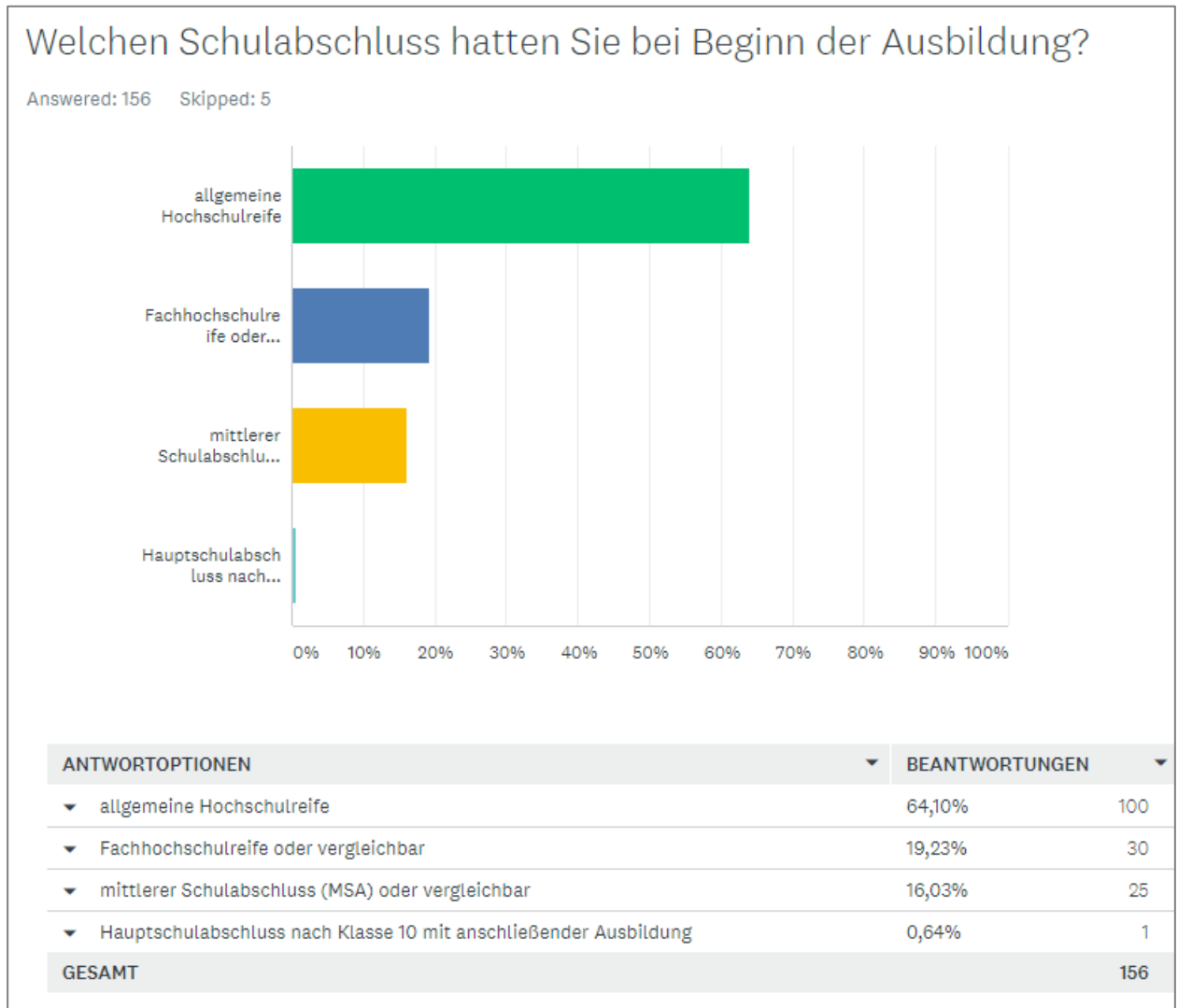


Abbildung 2: Ergebnis adhoc-Umfrage unter Absolventen/innen des Ausbildungsjahrgangs 2019 (n 156)

Dies bedeutet, dass Berufsangehörige bei Inkrafttreten des neuen Berufsgesetzes akademisch nachqualifiziert werden können. Es geht dabei um eine Übergangsphase, die solange durch entsprechende ausbildungsintegrierende und additive Studienangebote aufrechterhalten werden sollte, bis alle potentiell Studierwilligen nachqualifiziert sind.

Eine Anerkennung der vorausgegangenen Ausbildung und Berufserfahrung führt dann zur vereinfachten bzw. verkürzten Erlangung einer akademischen Qualifikation im Bereich Diätetik.

7. Welche Vorteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Wir begrüßen ein allgemeines Heilberufe-Gesetz, das den Stellenwert aller vertretenen Berufsgruppen aufwerten und die Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung sowie eine Steigerung der Wahrnehmung in der Gesundheitspolitik und im Versorgungsgeschehen bewirken würde. Die Eigenständigkeit und die Spezifik der in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz geregelten Berufe muss dabei unbedingt erhalten bleiben. Es sollte für alle Berufe die Voraussetzungen für die Erteilung der Berufsbezeichnungen, für Widerruf und Rücknahme beinhalten.

8. Welche Nachteile sehen Sie in einem allgemeinen Heilberufe-Gesetz für die Gesundheitsfachberufe?

Keine, bei inhaltlicher Abgrenzung und Wahrung der Eigenständigkeit der Berufe.

II) Ausbildung

1. Wie könnte ein Kompetenzkatalog für Ihre Berufsgruppe aussehen und in welcher Ausbildungsform (an Hochschulen oder Berufsfachschulen) könnten die erforderlichen Kompetenzen besser vermittelt werden?

VDD e.V. und BALD e.V plädieren für eine Vollakademisierung, siehe Abschnitt IV, Frage 1. Demzufolge halten wir einen aufgesplitteten Kompetenzkatalog nach hochschulischer und berufsfachschulischer Ausbildung für kontraproduktiv.

Die optimale Form der Ausbildung sieht der Berufsverband der Diätassistenten und der Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik in einem grundständigen praxisorientierten Hochschulstudium. Durch den Erwerb aller für den Eintritt ins Berufsleben notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen befähigt das Studium mit seinen theoretischen und praktischen Lernsituationen und deren Verzahnung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung des komplexen Tätigkeitsprofils. Das bedeutet in diesem Zusammenhang die Verzahnung von mindestens 2 Lernorten im Sinne einer theoretischer Ausbildung an einer Hochschule und Praktika in den verschiedenen Settings Klinik, Rehabilitation, Ambulanz usw. Durch Qualitätsrichtlinien muss sichergestellt werden, dass Theorie und Praxis in optimaler Weise verbunden werden, so dass die wissenschaftliche Qualität der Lehre und an den Praxislernorten garantiert wird.

Die Berufsfachschulen verfügen weder über den Auftrag noch die erforderliche Struktur, um für wissenschaftsbasierte hochkomplexe Tätigkeiten (reflektierende Praktiker/innen) zu qualifizieren.

Der zukünftige **Kompetenzkatalog** sollte sich an den Empfehlungen der European Federation of Associations of Dietitians (EFAD) für die akademische Grundausbildung orientieren (EFAD 2018), um auch eine europaweit vergleichbare Qualifikation zu erzielen. Gemäß eines vorläufigen Arbeitspapiers des VDD (Anlage 1) schlagen wir folgende Kompetenzbereiche vor, die zu-

sätzlich durch ausgewiesene Teilbereiche bzw. einmündende Wissenschaftsgebiete ergänzt wurden.

- Grundlagenwissen in den Bezugswissenschaften der Diätetik eigenständig und eigenverantwortlich anwenden
- Methoden im Handlungsfeld Diätetik kennen, anwenden und bewerten
- Evidenzbasierte Diätetik in Therapie und Prävention in allen Lebensphasen eigenverantwortlich und prozessgeleitet realisieren und reflektieren
- Über die gesamte Lebensspanne in Therapie, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Palliation in allen Settings ernährungsbezogen handeln
- Forschung in der Diätetik verstehen, reflektieren und in die Praxis übertragen
- Professionell handeln und berufliches Selbstverständnis entwickeln

2. Welche interprofessionellen Lehrinhalte halten Sie für wichtig?

- Gemeinsame therapeutische Sichtweise auf Basis der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Therapeutische Schnittmengen und Schnittstellenmanagement: Klinische Fallbeispiele, Casemanagement, Leitlinien, DMP und dabei Synergien einbringen
- Ethische und interkulturelle Aspekte der Tätigkeit
- Wissenschaftsbasiertes Arbeiten, Lernkompetenzen und lebenslanges Lernen
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsökonomie, BWL im Gesundheitswesen und Nachhaltigkeit
- Gesundheitssystem in Deutschland, Strukturen, Sichtweisen, Aufgaben, Prozesse, Finanzierungsmodelle
- Qualitätsmanagement
- Digitalisierung/digitale Medien

3. Halten Sie die Einführung vorbehaltener Tätigkeiten für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Tätigkeiten sollten dies Ihrer Meinung nach sein?

Ja unbedingt. Wie bei den Pflegeberufen (PflBRefG 2017) und Hebammen (Deutscher Bundestag 2019) müssen auch Tätigkeiten im Bereich der Diätetik definiert werden, die nur von Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der überarbeiteten Berufsbezeichnung (inklusive der durch Kompetenzüberprüfung bzw. Kompetenznachweis zugelassenen vergleichbaren Studienabschlüsse) durchgeführt werden. Dies betrifft den Teilbereich der Ernährungstherapie.

Hier existieren derzeit keine vorbehaltenen Tätigkeiten. Dies hat zur Folge, dass im sensiblen Feld der Ernährungstherapie, das patientennah stattfindet und der Heilkunde zuzurechnen ist, eine Vielzahl von Absolventen/innen verschiedenster fachlich ungeeigneter Studiengänge, Heilpraktiker/innen oder ebenfalls ungeeigneter Zertifikatslehrgänge von Institutionen und Verbän-

den ernährungstherapeutisch aktiv sind, ohne dass eine staatliche Prüfung vorliegt oder Rahmenbedingungen für ein vergleichbares Qualifikationsniveau gegeben sind. Beispielfhaft verweisen wir a) auf die Ausschreibung eines Studienganges, b) einen staatlich zugelassenen Fernkurs und c) auf eine Stellenanzeige, in welchen explizit therapeutische Tätigkeiten dargestellt werden, ohne dass ein reglementierter Abschluss in einem Gesundheitsberuf erfolgt bzw. gefordert ist. (siehe Anlage 2 a-c) Details zur Überprüfung der Eignung müssen noch festgelegt werden.

Aus unserer Sicht bedarf insbesondere die Ernährungstherapie im Bereich Diabetes mellitus einer differenzierten Betrachtung. In der derzeitigen Qualifikation zum Diabetesberater/in (DDG) werden zwar hohe spezifische Kompetenzen nachgewiesen, jedoch sind durch Aufstiegsqualifikation über den Diabetesassistenten/in neben Diätassistenten/innen viele Berufe (z.B. Medizinische Fachangestellte, Kranken- oder Altenpfleger/in, MTA, PTA) zugelassen, denen umfangreiches Wissen und Fähigkeiten im Bereich Ernährung fehlen. Eine Ernährungstherapie im Bereich Diabetes mellitus muss deshalb zusätzlich an den Berufsabschluss Diätassistent/in gekoppelt werden.

Daraus erwachsen

- gesundheitliche Risiken und Gefahren für Patienten/innen, die einer Ernährungstherapie bedürfen,
- rechtliche Unsicherheit bei der Delegation und Verordnung ernährungstherapeutischer Maßnahmen,
- rechtliche Unsicherheit der Angehörigen der o.g. nicht reglementierten Studienabschlüsse und Zertifikate, insbesondere in der „Grauzone“ beim Übergang von der Prävention zur Therapie

Unser Vorschlag für vorbehaltene Tätigkeiten in der Ernährungstherapie, die nur von Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung durchgeführt werden dürfen:

Ernährungstherapie versteht sich als Teilbereich der Diätetik und umfasst alle ernährungsbezogenen Maßnahmen bei Vorliegen einer medizinischen Diagnose. Darunter fallen im Einzelnen:

1. Feststellung des individuellen ernährungstherapeutischen Bedarfs sowie die Planung und Steuerung der Durchführung von Maßnahmen zur ernährungstherapeutischen Diagnostik
2. Planung, Koordination und Steuerung der Durchführung der Ernährungsintervention
3. Beratung, Schulung, Edukation von Individuen und Gruppen bei Vorliegen einer medizinischen Diagnose, wenn eine ernährungstherapeutische Intervention angezeigt ist
4. Planung, Koordination und Monitoring von Maßnahmen im Bereich Nahrungssupplementation, enteraler und parenteraler Ernährung

5. Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität ernährungstherapeutischer Interventionen

III) Kompetenzerweiterung / neue Aufgaben und Übertragung einer höheren Verantwortung

1. Halten Sie eine Kompetenzerweiterung bzw. neue Aufgaben für Ihre Berufsgruppe für sinnvoll? Wenn ja, welche Kompetenzen sollten erweitert werden bzw. welche neuen Aufgaben sollten hinzukommen?

Mit der hochschulischen Ausbildung werden die Kompetenzen vermittelt, die zum wissenschaftsbasierten Planen, Steuern und Durchführen hochkomplexer beruflicher Aufgaben befähigen. Somit müssen im neuen Berufsgesetz bereits bestehende Kompetenzen erhalten, aber durch neue Aspekte ergänzt werden.

Im derzeitigen Berufsgesetz ist bereits die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen verankert. Das impliziert die inhaltliche und rechtliche Verantwortung für das berufliche Handeln und ist als Handlungsverbund zwischen Diätassistent/in und Arzt/Ärztin zu interpretieren (Igl 2010). Es wäre also konsequent, der Berufsgruppe insbesondere im Hinblick auf den steigenden Versorgungsbedarf, die Entlastung von Ärzten/innen und das Vermeiden kostenintensiver Doppelstrukturen, neue Aufgaben zu übertragen. Die Eröffnung eines Direktzuganges auch im Rahmen der Ernährungstherapie ist für bestimmte Krankheiten denkbar; davon ausgenommen sind u.E. bestimmte lebensbedrohliche, progrediente Erkrankungen wie z.B. Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen, für die nach heutigem Stand auch die Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Tätigkeit auf ärztliche Verordnung vorsieht.

Die Erweiterung folgender Kompetenzen und Befugnisse wird angeregt:

- Die Durchführung des Ernährungsassessments bzw. des Monitorings und der Evaluation wird ergänzt um die Anforderung von Laborbefunden, die zur Planung, Durchführung und Überprüfung, der ernährungstherapeutischen Intervention notwendig sind.
- Die Feststellung des ernährungstherapeutischen Behandlungsbedarfs - (Ernährungsdiagnose) kann auch unabhängig von einer vorherigen medizinischen Diagnose erfolgen, so dass sofort ernährungsbezogene Maßnahmen eingeleitet werden können.
- Die Planung und Durchführung der Ernährungstherapie beinhaltet auch die Verordnung von Diäten, die Bedarfsermittlung zur oralen Nährstoffsupplementation (ONS), deren Verordnung sowie die Verordnung von ernährungsrelevanten Hilfsmitteln.

Dafür benötigen Diätassistenten/innen Lese- und Schreibrechte für die elektronische Patientenakte, was im E-Health-Gesetz zu verankern wäre.

Delegation und Substitution bedürfen zwingend der Regelung eines Tätigkeitsvorbehaltes für die Ernährungstherapie, damit für die Patienten/innen und delegierenden Ärzte/innen sicherge-

stellt wird, dass diese Aufgaben nur von Angehörigen eines reglementierten Gesundheitsberufes ausgeführt werden, die die dafür notwendigen Kompetenzen nachweisen.

2. In welchen Bereichen halten Sie ggf. die Delegation ärztlicher Aufgaben an Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

siehe Frage III, 1

3. In welchen Bereichen halten Sie ggf. eine Substitution ärztlicher Aufgaben durch Ihre Berufsgruppe für sinnvoll?

siehe Frage III, 1

4. Ist aus Ihrer Sicht die Schaffung neuer Berufsausbildungen (auch z.B. auf Assistenz-/Helferniveau) erforderlich? Wenn ja, welche halten Sie für erforderlich?

Das anspruchsvolle Aufgabengebiet im Bereich Diätetik erfordert, dass alle Berufsangehörigen in der Lage sein müssen, notwendige Prozesse überblicken und steuern zu können. Das breit gefächerte Tätigkeitsfeld im klinischen und ambulanten Bereich wird nur von einer vergleichsweise geringen Zahl von Fachkräften erbracht. Eine Arbeitsteilung und damit eine Abstufung in Berufsabschlüsse mit unterschiedlichem Abschlusslevel ist in einer Berufsgruppe mit nur ca. 15.000 Angehörigen nicht erstrebenswert.

Es existieren bereits Berufsabschlüsse (z.B. im Bereich Gemeinschaftsverpflegung), die unterstützend tätig werden können, neue Berufsbilder müssen nicht geschaffen werden.

Unter der Maßgabe dieser Frage möchten wir noch einmal die Wichtigkeit einer neuen Berufsbezeichnung hervorheben, da der jetzige Berufstitel DIÄTASSISTENT/IN ein Helferniveau suggeriert.

IV) Akademisierung

1. Welche Position vertritt Ihr Berufsverband zum Thema Akademisierung der Ausbildung Ihrer Berufsgruppe?

Wie schon mehrfach betont, plädieren der VDD und BALD für eine vollständige hochschulische Ausbildung, diese sollte einen Umfang von 210 ECTS / 7 Semester aufweisen.

Die Entschließung der Hochschulrektorenkonferenz „Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege, Therapie- und Hebammenwissenschaften“ nennt essentielle Argumente, die auch für unsere Berufsgruppe zutreffen, u.a. einen qualitativ veränderten, anspruchsvolleren Versorgungsbedarf und eine komplexer werdende Versorgungsstruktur (HRK 2017)

Die gesundheitliche Versorgung und auch das Gesundheitssystem sind sowohl an den medizinisch-technischen sowie digitalen Fortschritt als auch an gesamtgesellschaftliche Entwicklungen mit demografischem Wandel, gestiegener Lebenserwartung, Zunahme der Zahl multimor-

bider Patienten, Pflegebedarf auch im Zusammenhang mit Ernährung, bei gleichzeitigem Fachkräftemangel gekoppelt. Daraus resultierende Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung führen national, europäisch und international zu höheren Ansprüchen an die Qualität der Ausbildung. In den anderen Ländern der Europäischen Union wurde hierauf reagiert, indem das Qualifikationsniveau des Berufes auf DQR 6 - Bachelor, angehoben wurde. In Deutschland besteht derzeit eine Lücke zwischen den tatsächlichen beruflichen Anforderungen (DQR 6) und den im Berufsgesetz für Diätassistenten festgeschriebenen Ausbildungen an Berufsfachschulen (DQR 4)

Die grundständige hochschulische Ausbildung ist folglich zwingend erforderlich. Eine grundständige hochschulische Ausbildung wird weiter langfristig die lückenhafte ernährungsbezogene Therapie- und Versorgungsforschung in Deutschland etablieren und eine Gleichwertigkeit des Berufes und Akzeptanz auf europäischer Ebene bewirken. Dies sichert zudem die berufliche Mobilität deutscher Berufsangehöriger und die Einwanderung entsprechend qualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland.

2. Welche Vorteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

In Ergänzung zur vorausgehenden Frage ist die grundständige Vollakademisierung unumgänglich im Sinne des Patientenschutz mit all seinen Facetten.

Der „Markt“ fordert jetzt bereits akademisch qualifizierte Spezialisten/innen im Bereich der Ernährung, die mangels akademischer Diätassistenten/innen im Bereich Ernährungstherapie tätig werden. Diese rekrutieren sich aus Absolventen/innen diverser Studiengänge, die nicht einer reglementierten Ausbildung unterliegen und nicht für einen Gesundheitsberuf qualifizieren. Wir halten deshalb die Verknüpfung der Vollakademisierung mit dem Tätigkeitsvorbehalt in der Ernährungstherapie für zwingend erforderlich. Die Akademisierung inklusive eines Tätigkeitsvorbehalts für die Ernährungstherapie steigert die Attraktivität des Berufsbildes und dürfte für eine Nachwuchsgewinnung förderlich sein.

Zusammenfassend lassen sich diese Vorteile ableiten:

- Sicherstellung einer zukunftsorientierten sowie qualitativ hochwertigen evidenzbasierten Versorgung, die den Veränderungen im Krankheitsspektrum (z.B. multimorbide Erkrankungen) und der demographischen Entwicklung Rechnung trägt
- Sicherstellung von Interdisziplinarität
- Aufbau einer ernährungsbezogenen Therapie- und Versorgungsforschung
- Beendigung der unregelmäßigen und somit unsicheren Behandler/innenlandschaft, durch Absolventen/innen aus Studiengängen im Themenfeld Ernährung und Gesundheit, die nicht zu einem reglementierten Berufsabschluss führen (vgl. Anlage 2a)
- Vergütung der Berufsangehörigen auf angemessenem Niveau

- Gleichwertigkeit des Berufs in Europa und damit Mobilität und Stärkung des wissenschaftlichen Austauschs auf europäischer und internationaler Ebene
- Beendigung der Diskriminierung eines qualifizierten Frauenberufs (über 97% der Berufsangehörigen sind weiblich)

3. Welche Nachteile sehen Sie in einer Vollakademisierung?

Keine

4. Welche Vorteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Keine

5. Welche Nachteile sehen Sie in einer Teilakademisierung?

Die Komplexität des Berufsbildes bedingt eine Unteilbarkeit. Durch eine Teilakademisierung würde eine unangemessene Differenzierung eingeführt werden, die sich nachteilig auf eine evidenzbasierte therapeutische Versorgung auswirkt. In einem Berufsstand von bundesweit ca. 15.000 Diätassistenten/innen, welche überwiegend allein oder in kleinsten Teams arbeiten, müssen alle im Sinne der Patientensicherheit über die grundlegenden Kompetenzen zur Ausübung der individuellen, evidenzbasierten Tätigkeit an Patienten/innen, zur interdisziplinären Zusammenarbeit und wissenschaftsbasierten Arbeiten verfügen. Diese liegen auf DQR 6-Niveau.

Kurz zusammengefasst, die unübersichtliche und unsichere Situation der ernährungsbezogenen Patientenversorgung bleibt erhalten, zugleich nimmt die Attraktivität der berufsfachschulischen Ausbildung weiter ab und eine adäquate Gehaltsentwicklung wird unterlaufen.

6. Wie kann Ihrer Meinung nach eine praxisorientierte Ausbildung bei einer Akademisierung der Ausbildung weiterhin gewährleistet werden?

Beispiele von Diätetik-Studiengängen im europäischen Ausland oder zahlreiche praxisorientierte Studiengänge, wie zum Beispiel in der Lebensmitteltechnologie beweisen, dass auch eine hochschulische Ausbildung unmittelbar für die Berufspraxis qualifiziert.

Wie der „Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetz der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten“ zeigt, stellt die Gewährleistung der praktischen Ausbildung der Therapieberufe an den Hochschulen kein Problem dar (Deutscher Bundestag 2016). Ziel des Studiums ist die Erlangung der Berufsberechtigung, um gemäß dem wissenschaftlichen Anspruch im Handlungsfeld Diätetik als reflektierende/r Praktiker/in tätig zu werden.

Dabei sollten die Erfahrungen aus den bestehenden B. Sc.-Studiengängen Diätetik sowie die Vorschläge von EFAD zu den Praktika (EFAD 2010) und Qualitätsstandards für Praxisanleiter/innen (EFAD 2013) Berücksichtigung finden.

- Das Studium umfasst theoretische und praktische Lehrveranstaltungen anhand eines modularen Curriculums sowie praktische Ausbildung, die in Einrichtungen außerhalb der Hochschule durchgeführt werden.
- Die praktische Ausbildung umfasst mindestens 1.400 Stunden (ca. 50 ECTS), entspricht dem derzeitigen Gesetz und sollte in keinem Fall rückläufig sein., 900 Stunden davon (30 ECTS) können in Form semesterbegleitender Praktika und mindestens 500 Stunden in Form praktischer Einsätze in definierten Handlungsfeldern der Diätetik stattfinden, wobei maximal 50% der Zeit in Einrichtungen durch praktische Lerneinheiten an der Hochschule (Skills-Lab, Simulationspatienten etc.) ersetzt werden können. Die semesterbegleitenden Praktika sind davon ausgenommen.
- Die klinisch-praktische Ausbildung umfasst die Arbeit mit Patienten/innen. Sie darf nur in geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden, die ernährungsbezogene Maßnahmen in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung bei Einzelpersonen und Gruppen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und Empfehlungen einschlägiger Fachgesellschaften umsetzen. Zugleich müssen verschiedene Settings abgebildet werden. Die Verantwortung für die Praxiseinsätze obliegt der Hochschule.
- Praxiseinsätze außerhalb der Hochschule sind sowohl im In- als auch im Ausland möglich. Auslandspraktika dürfen nicht mehr als 1/3 der Gesamt-Praktikumszeit umfassen.
- Die Hochschule ist für die Verzahnung von Theorie und Praxis verantwortlich und muss diese gewährleisten. Sie erfolgt durch Kooperationsverträge. Darin sind die für das jeweilige Praktikum geltenden Lernziele verankert.
- Die Praxisanleitung / Supervision soll durch Diätassistenten/innen mit entsprechender Berufserfahrung oder durch Nachweis einer entsprechenden hochschulischen Qualifikation erfolgen. Entsprechende Anleitung und Supervision sind von der Hochschule sicher zu stellen.

Es bestehen bereits langjährige Kooperationen zwischen Berufsfachschulen und Praktikumsstellen in den verschiedenen Settings. Dieser Fundus sollte bei einer hochschulischen Ausbildung erhalten und genutzt werden. Die personellen und räumlichen Ressourcen (Lehrküchen, ggf. Lehrambulanzen) der bisherigen Berufsfachschulen sollten in die hochschulische Ausbildung integriert werden, um insbesondere das dort bestehende praktische Knowhow für die Diätetik zu sichern. Ergänzend sollten Praxislabs /Skills-Labs und digitale Medien Teile der praktischen Ausbildung unterstützen und können diese teilweise ersetzen.

7. Wie beurteilen Sie den Einfluss einer Vollakademisierung auf die Entwicklung der Auszubildenden- und Absolventenzahlen in Ihrer Berufsgruppe? Erwarten Sie zurückgehende, gleichbleibende oder steigende Zahlen? (bitte begründen)

Derzeit haben jene Berufsfachschulen, die mit einer Hochschule kooperieren und somit einen akademischen Abschluss implizieren, konstant hohe Bewerberzahlen, während an den Berufsfachschulen allgemein rückläufige Zahlen zu verzeichnen sind. Wie die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes belegen, hat sich die Anzahl der Schüler/innen im 1. Ausbildungsjahr im Zeitraum 2007 – 2012 von 1.050 auf 584 verringert (Zöllner 2018).

Neben traditionellen Studienrichtungen wie Ernährungswissenschaften und Oecotrophologie entwickeln sich zunehmend Studiengänge im Bereich Ernährung und Gesundheit, die ein hohes Bewerberinteresse erzielen, aber eben nicht zu einem reglementierten Abschluss führen. Unter der Maßgabe des Tätigkeitsvorbehaltes für die Ernährungstherapie ist zu erwarten, dass Bewerber/innen sich stärker für Studiengänge im Bereich Diätetik interessieren.

Wenn beide Aspekte berücksichtigt werden, ist von steigenden Ausbildungszahlen bzw. Absolventen/innenzahlen auszugehen.

Unsere Kenntnis nach gibt es in keinem europäischen Land einen Mangel an Bewerber/innen für Diätetik-Studiengänge, im Gegenteil: In Österreich liegen gemäß dem Verband der Diätologen Österreichs die Bewerber/innenzahlen weit über den angebotenen Studienplatzzahlen. Vollakademisierung und Namensänderung führen zu einer Statusaufwertung und zu besserer Bezahlung, beides Faktoren, die die Attraktivität des Berufes erhöhen.

8. In welchen Tätigkeitsbereichen werden Ihrer Meinung nach im Falle einer Teilakademisierung die Absolventinnen/Absolventen einer akademischen Ausbildung im Vergleich zu den Absolventinnen/Absolventen einer fachschulischen Ausbildung tätig werden?

Da wir für eine Vollakademisierung plädieren, lassen sich die Tätigkeitsbereiche nicht aufspalten, siehe auch Abschnitt IV, Frage 5.

Bereits jetzt werden Stellen mit dem Tätigkeitsprofil von Diätassistenten/innen in für hochschulische Ausbildungen ausgeschrieben (siehe Anlage 2c), daher sehen wir für Absolventen/innen berufsfachschulischer Ausbildung mittelfristig keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Sie werden schon jetzt in den Niedriglohnsektor verdrängt. Akademisch in der Diätetik qualifizierte Personen werden für die ernährungsbezogene Versorgung in den verschiedenen Settings ausgebildet und führen so zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, u.a. im Bereich krankheitsbedingter Mangelernährung, Nierenerkrankungen, onkologischer Erkrankungen, neurologischer Erkrankungen, in der Altersmedizin sowie bei der Ernährungstherapie chronischer

nicht übertragbarer Erkrankungen (v.a. Adipositas, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck).

Im Verpflegungsmanagement wandelt sich das Tätigkeitsgebiet von der Produktion in Richtung Qualitätssicherung, Organisation und Überwachung, was ebenfalls einer Ausbildung auf DQR 6-Level bedarf. Es gibt es schon heute andere Berufsgruppen, die unter Anleitung von Diätassistenten/innen verschiedene Kostformen herstellen.

Fazit:

Mit der Überarbeitung des Berufsgesetzes in den Punkten vollständige Akademisierung, Namensänderung und Therapievorbehalt besteht nun gerade die Chance, den zersplitterten Markt an Anbietern (Angehörige eines Gesundheitsberufes und gleichwertig ausgebildete Absolventen/innen diverser Studiengänge) auf gleichem Niveau zu vereinheitlichen. Eine zusätzliche Zersplitterung in einer Berufsgruppe von derzeit ca. nur 15.000 aktiven Berufsangehörigen und ca. 600 Auszubildenden pro Jahrgang erachten wir als kontraproduktiv.

V) Lehrpersonal

- 1. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte fachschulische Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?**
- 2. Über welche Qualifikation sollten Schulleiter/Schulleiterinnen in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung verfügen (Mindestanforderungen)?**
- 3. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit zur Integration des aktuellen Lehrpersonals und der aktuellen Schulleiter/Schulleiterinnen in modernisierten fachschulischen Ausbildungsstrukturen vor dem Hintergrund der Fragen 1. und 2.?**
- 4. Wäre Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehr- und Leitungspersonal zu erwarten, der die Ausbildungskapazität in einer modernisierten fachschulischen Ausbildung gefährden würde? (bitte begründen)**
- 5. Wie beurteilen Sie die Vorgabe einer Quote in der fachschulischen Ausbildung der jeweiligen Berufsgruppe, die eine Aussage zur Angemessenheit der Zahl der hauptberuflichen Lehrkräfte im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze trifft? (bitte begründen)**

Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. und der Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik e.V. sehen die Fragen V 1-5 als nicht durch das neue Berufsgesetz regulierungsbedürftig an. Da mit dem neuen Berufsgesetz eine hochschulische Ausbildung zu schaffen ist, bedarf es zwar für die Übergangszeit von etwa 10-15 Jahren klarer Regelungen, welche jedoch nicht im Berufsgesetz, sondern in Verordnungen formuliert werden sollten. Die Übergangszeit sollte genutzt werden, um Kooperations- und Integrationsmodelle zwischen

Hochschulen und Berufsfachschulen zu entwickeln, die den Transfer des diätetischen Knowhows, das gegenwärtig vor allem an den Berufsfachschulen verortet ist, sicherstellen. Damit perspektivisch auch ein Einsatz im Rahmen der hochschulischen Lehre möglich wird, sollten Möglichkeiten geschaffen werden, dass Lehrkräfte zeitnah entsprechende Qualifikationen erwerben können, soweit sie noch nicht vorhanden sind, vgl. Frage 6

6. Wie sollte die Qualifikation des Lehrpersonals und der Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen für eine modernisierte Ausbildung im Falle einer akademischen Ausbildung aussehen (Mindestanforderungen)?

Unter Berücksichtigung des jeweilig geltenden Landeshochschulgesetzes sind für das Lehrpersonals an Hochschulen folgende Qualifikationen notwendig:

Lehrende, die für die fachwissenschaftliche und praktische Kompetenzen zum Assessment, Diagnostik, Planung, Durchführung und Evaluation im Bereich Diätetik verantwortlich sind, müssen einen Abschluss als Diätassistent/in und gleichzeitig einen berufs- oder forschungsbezogenen Master bzw. einen Master im Bereich Bildungswissenschaft nachweisen. In diesem Zusammenhang ist es nötig, akademische Qualifikationsmöglichkeiten auch für Diätassistenten/innen zu öffnen bzw. zu schaffen und die Promotion zu ermöglichen. Gleiches gilt für die Besetzung fachbezogener Professuren.

Einem Personaltransfer entsprechend qualifizierter Lehrkräfte aus den Berufsfachschulen an die Hochschule sollte Priorität eingeräumt werden.

Supervisoren/innen / Praxisanleiter/innen, die in der hochschulinternen praktischen Ausbildung tätig sind, sind Berufsangehörige auf B.Sc.-Level und sollten zusätzlich über eine pädagogische Grundqualifikation verfügen sowie kontinuierliche fachliche Fortbildung nachweisen.

Praxisanleiter/innen in der praktischen Ausbildung außerhalb der Hochschule sollten Diätassistenten/innen oder Absolventen/innen anderer Studiengänge mit Anerkennung nach Gleichwertigkeitsprüfung sein. Sie sollten in dem Bereich, in dem sie anleiten, über eine angemessene Berufserfahrung verfügen. Zusätzlich ist der Nachweis einer pädagogischen Grundqualifikation (300 h) und einer regelmäßigen Fortbildung zu erbringen.

Für jegliches Lehrpersonal ist eine angemessene Übergangsfrist mit der Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen einzuräumen.

7. Wie beurteilen Sie im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung die Möglichkeit zur Integration des aktuell lehrenden Personals in akademische Ausbildungsstrukturen?

Gemäß einer Hochrechnung von BALD vom 1. Halbjahr 2019 sind schon heute ca. 70 % der Lehrenden an den Berufsfachschulen akademisch qualifiziert und könnten somit auch im hochschulischen Bereich eingesetzt werden. Den nicht akademisch qualifizierten Lehrkräften müs-

sen Möglichkeiten zur Erlangung einer akademischen Qualifikation auf Bachelor-Niveau gegeben werden. Impulse durch Einmünden insbesondere auch pädagogisch qualifizierten Lehrpersonals sind gewollt und lassen positive Effekte erwarten. Da die Kompetenz für die Diätetik bisher an den Berufsfachschulen verortet ist, ist dem Transfer von Lehrpersonal zur Wahrung des berufsbezogenen Knowhows in diesem Bereich hohe Priorität einzuräumen.

8. Ist Ihrer Ansicht nach ein Engpass an Lehrpersonal im Falle einer Vollakademisierung der Ausbildung zu erwarten, der die Ausbildungskapazität gefährden würde? (bitte begründen)

Nein. Tatsächlich können und sollten die personellen Ressourcen der derzeitigen Berufsfachschulen für die hochschulische Lehre und die interne Praxisanleitung genutzt werden, denn hier sitzt langjährige Expertise in der Ausbildung für das Berufsbild. Bereits heute verfügen ca. 70% der Lehrkräfte an den Berufsfachschulen über mind. einen hochschulischen Abschluss auf Bachelor-Niveau. Für die Besetzung von Professuren bedarf es aufgrund des noch schwachen akademischen Unterbaus ggf. Übergangslösungen.

Es ist zu vermuten, dass mit Inkrafttreten des Berufsgesetzes inklusiv Tätigkeitsvorbehalt für die Ernährungstherapie bestehende Studiengänge im Bereich Ernährungswissenschaft, Oecotrophologie (und vergleichbar) künftig so ausgerichtet werden, dass sie dem Berufsgesetz entsprechen und so für die Absolventen/innen dieser Studiengänge ebenfalls ein reglementierter Berufsabschluss möglich wird. Die Lehrenden dieser Studiengänge können in bestimmten Teilen zwar auch für die akademische Lehre von Diätassistenten/innen tätig werden. Trotzdem sind zwingend Berufsangehörige in das Lehrpersonal zu integrieren, um das Knowhow des Berufsbildes aufrecht zu erhalten.

9. Wie stehen Sie zur Frage einer Fortbildungspflicht für Lehrpersonal und Praxisanleiter/Praxisanleiterinnen? (bitte begründen)

Die Fortbildungspflicht ist für alle Diätassistenten/innen in unseren Berufsrichtlinien verankert und muss demzufolge auch für Lehrpersonal und Praxisanleiter/innen eine Selbstverständlichkeit sein. Life long learning ist eine Grundvoraussetzung für die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität und ist ein Studienziel, welches selbstverständlich auch für alle Lehrenden und Praxisanleiter/innen gelten muss. Eine Fortbildungspflicht sollte an angemessene finanzielle und zeitliche Rahmenbedingungen geknüpft werden. Neben pädagogischen, fachlichen und methodischen Fortbildungen stellen aber auch der Zugang zu hochschulischen Informationsquellen und gute personelle Rahmenbedingungen wichtige Element zur Qualitätssicherung in der hochschulischen Lehre dar. Hier sei auf die pädagogischen Standards für Praxisanleiter/innen von EFAD (EFAD 2013) sowie auf das seit 2011 bestehende Bund-Länder-Projekt

„Qualitätspakt Lehre“ und den Einsatz der Deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik (dghd) zur Schaffung von Qualitätsstandards in der hochschulischen Lehre hingewiesen.

10. Wie beurteilen Sie die Frage einer verbindlichen Vorgabe zum Umfang der während der Ausbildung in der jeweiligen Berufsgruppe zu erbringenden Praxisanleitung?

Aufgrund der bisher fehlenden Vorgaben zur Praxisanleitung muss sich das System erst entwickeln und etablieren. Vorgaben wären zwar wünschenswert, sind zum jetzigen Zeitpunkt jedoch schwer abzuschätzen. Zu berücksichtigen wäre, dass in den praktischen Einsatzbereichen jeweils nur 1-2 Kollegen/innen tätig sind, zu dem rotieren die Studierenden durch eine größere Anzahl unterschiedlicher Praxissettings.

VI) Finanzierung

1. Wie sollte Ihrer Meinung nach die Finanzierung der Ausbildung sichergestellt werden?

Der VDD schließt sich hierzu dem Strategiepapier von HVG und VAST (2018) an. Die hochschulische Ausbildung liegt in der Verantwortung der Länder und sollte durch Zuwendungen des Bundes unterstützt werden. Denn der Bund ist für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, wozu auch die Ausbildung in den Therapieberufen zählt, verantwortlich. Gemäß der NatLife-Studie von 2015 führt das Krankheitsspektrum in Deutschland mit dem überwältigend hohen Anteil an ernährungsabhängigen Krankheiten allein für das deutsche Gesundheitssystem zu Kosten in zweistelliger Milliardenhöhe (Meier et al, 2015). Das gehobene Ausbildungsniveau wird sich durch verbesserte Versorgung mittelfristig gesamtgesellschaftlich günstig auswirken.

2. Wie ist Ihre Position zum Thema Schulgeld? Sofern Sie eine Abschaffung des Schulgeldes befürworten, legen Sie bitte dar, wie die dadurch entfallenden Finanzmittel aufgebracht werden sollen.

Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, dass eine berufliche Erstausbildung kostenfrei absolviert werden kann. Die Ungleichbehandlung auch im Vergleich zu Ausbildungen im dualen System, zur Pflegeausbildung und Studiengängen, die frei von Studiengebühren sind, ist ein Relikt, dass völlig unzeitgemäß ist und gerade für Berufe, die dem Allgemeinwohl dienen, den Zugang verhindern. Da es sich beim grundständigen Diätetik-Studium um eine berufliche Erstausbildung handelt, muss auch diese im Zuge der Gleichbehandlung frei von Studiengebühren sein. Die bundesweite Abschaffung des Schulgeldes für Therapieberufe, wie im Koalitionsvertrag 2018 vereinbart, wird bisher in den Ländern uneinheitlich umgesetzt. Zum Beispiel in Niedersachsen wurden Schulen für Diätassistenten/innen von der Schulgeldabschaffung ausgenommen. Auch wenn die Ausbildung an den Gesundheitsfachschulen nur noch eine Übergangssituation darstellt, sind hier schnell einheitliche Lösungen erforderlich.

3. Wie ist Ihre Position zum Thema Ausbildungsvergütung?

Die Ausbildungsvergütung in der jetzigen, zwischen Gewerkschaft und öffentlichen Arbeitgebern vereinbarten Form, berücksichtigen weder die Ausbildungssituation der Diätassistenten/innen noch die Anforderungen an die künftige Patientenversorgung und den daraus resultierenden Bedarf an Fachkräften. Wir sehen in der teilweisen Einführung der Ausbildungsvergütung eine enorme Gefahr für das „Schulsterben“, die letztlich zur Verschlechterung der diätetischen Versorgung durch Ausrottung von Ausbildungsstellen führen wird. Für die Berufsfachschulen ergibt sich ein unangemessen hoher Aufwand durch Umorganisation, der personell nicht abgedeckt ist.

Die Ausgangsbasis für Ausbildungsvergütungen ist im Bereich der Diätetik ganz anders als im Bereich der Pflegeberufe – hier gibt es im Gegensatz kaum ein Interesse der einzelnen Häuser, eine Schule vorzuhalten, um den hauseigenen Berufsnachwuchs zu sichern. Es funktioniert eher nach dem Prinzip der Solidargemeinschaft – bestimmte Häuser bilden aus und sichern damit überregional den Berufsnachwuchs.

Die Ausbildungsvergütung über einen Tarifvertrag zu regeln, verschärft die Unwucht im System und die Gefahr der Zersplitterung der Schullandschaft ohne Stärkung der Ausbildung. Sie wird zu einem Rückgang der Ausbildungsplätze führen, da Schulen ohne Ausbildungsvergütung (und teilweise mit Schulgeld) nicht annähernd konkurrenzfähig sind und jene mit Ausbildungsvergütung keine zusätzlichen Kapazitäten aufbauen können. Dadurch wird sich der Fachkräftemangel in der Übergangszeit zur Vollakademisierung noch verschärfen. Wir kritisieren außerdem, dass die berufsgesetzlichen Regelungen bei den tariflichen Regelungen nicht berücksichtigt wurden. Tarifvertrag und DiätAssG bzw. DiätAss-APrV sind juristisch und praktisch wenig vereinbar, beispielsweise beim Stichwort Urlaub versus Ferien. Ein Problem ist zudem, dass die praktische Ausbildung nicht ausschließlich beim Träger der Ausbildungsstätte stattfindet – ganz im Gegensatz zu den Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG). Diese multi-zentrische Ausbildungsstruktur in unserem Beruf ist jedoch ein großes Plus und muss weiterhin bestehen bleiben, da sonst hochrelevante Kernkompetenzen nicht vermittelt werden können.

Quellen:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019): Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)

<https://www.dqr.de/>

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Bund-Länder-Programm Qualitätspakt Lehre (QPL) seit 2011

<https://www.qualitaetspakt-lehre.de/de/qualitat-von-hochschullehre-und-studienbedingungen-verbessern-1764.php>

Deutschen Gesellschaft für Hochschuldidaktik (dghd):

<https://www.dghd.de/praxis/standards-fuer-die-praxis/>

Deutscher Bundestag (2016): Unterrichtung durch die Bundesregierung- Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, Drucksache 18/9400 vom 19.08.2016,

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809400.pdf>

Deutscher Bundestag (2019), Drucksache 19/10612, Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Hebammenreformgesetz – HebRefG)

<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/106/1910612.pdf>

DiätAssG.: Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten.1994

[http://www.gesetze-im-](http://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/BJNR044610994.html#BJNR044610994BJNG000100307)

[internet.de/di_tassg_1994/BJNR044610994.html#BJNR044610994BJNG000100307](http://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/BJNR044610994.html#BJNR044610994BJNG000100307)

DiätAss-APrV: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten 1994

https://www.gesetze-im-internet.de/di_tass-aprv/BJNR208800994.html

EFAD (2010): Europäische Standards für Praktika in der Diätetik, September 2010)

http://www.efad.org/media/1430/european_practice_placement_standards_for_dietetics_de_fin_al_deutsch.pdf

EFAD (2013): Pedagogic standards for dietetic placement teachers, November 2013

<http://www.efad.org/media/1431/pedagogic-standards-for-dietetic-placement-teachers-2013.pdf>

Hochschulrektorenkonferenz HRK (2017): Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften. Entschließung 14. November 2017

https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf

HVG & VAST (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe, Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (2018): Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier.

<https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/strategiepapier-von-hvg-und-vast-zur-notwendigkeit-und-umsetzung-einer-vollstaendig-hochschulischen-ausbildung-in-der-ergotherapie-logopaedie-und-physiotherapie-wird-durch-berufsverbaende-unterstuetzt/>

Igl G (2010): Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. SpringerMedizin Urban & Vogel GmbH. München

Löser C (2010) : Unter- und Mangelernährung im Krankenhaus. Klinische Folgen, moderne Therapiestrategien, Budgetrelevanz

Dtsch Arztebl Int 2010; 107(51-52): 911-7; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0911

Meier T, Senftleben K, Deumelandt P, Christen O, Riedel K, Langer M (2015) Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometrical Analysis. PLoS ONE 10(9): e0135990. [doi:10.1371/journal.pone.0135990](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135990)

PfIBRefG (Gesetz zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz) (2017), Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, Bonn 24. Juli 2017, S. 258ff

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117049.pdf%27%5D_1561965919632

Zöllner, M. ; Gesundheitsfachberufe im Überblick. Erweitertes Serviceangebot des BIBB; Heft-Nr. 153; 2., erweiterte Auflage 2018

<https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/8594>